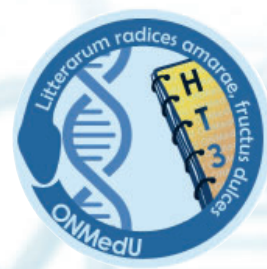




НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ



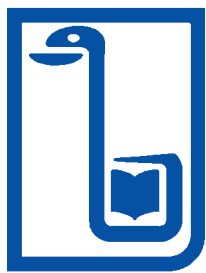
СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня

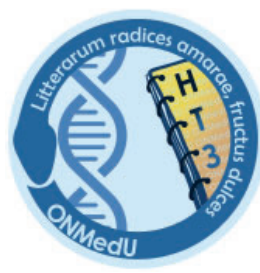
23–24 квітня 2026 року

Тези доповідей

Одеса • ОНМедУ • 2026



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня

23–24 квітня 2026 року

Тези доповідей

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
С91

Головний редактор:

в. о. ректора, член-кореспондент НАМН України,
професор Станіслав ШНАЙДЕР

Редакційна рада:

професор Валерія МАРІЧЕРЕДА
професор Людмила ВЕНГЕР
професор Алла ВОЛЯНСЬКА
професор Олег ГЕРАСИМЕНКО
професор Володимир ГОРОХІВСЬКИЙ
професор Ніна МАЦЕГОРА
професор Ярослав РОЖКОВСЬКИЙ
професор Олена СТАРЕЦЬ
професор Ольга ЮШКОВСЬКА
доцент Катерина НІТОЧКО

Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини для С91 здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня [Електронне видання] : наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Одеса, 23–24 квітня 2026 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2026. — 132 с.
ISBN 978-966-443-142-9

У тезах доповідей міжнародної науково-практичної конференції здобувачів другого (магістерського) рівня освіти наведено матеріали учасників зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

& Metwally, Ahmed & Soliman, Sawsan & Nagaty, Mahmoud & Abdelkader, Hamada & Ibrahim, Islam & El-Hossainy, Ahmed & Shalamesh, Mohamed & Moghazy, Alsayed & Mahdy, Mohamed & El-Hussieny, Mahmoud & Farag, Hamdy & Abdelrahman, Mohamed & Mohamed, & Teama, Sobhy. (2025). Transanal Hemorrhoidal Dearterialization Versus Conventional Hemorrhoidectomy For The Treatment Of Hemorrhoids.10.70082/kd58rh89.

5. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Геморой». Київ; 2016.

СПОСОБИ ТИМЧАСОВОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ЖИВОТА

Перелигіна Єва, Моргун Анна

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Актуальність. Бойові поранення живота та таза становлять 6,6–9,1 % усіх травм, з яких до 3,2 % супроводжуються ушкодженням магістральних судин. Висока летальність (до 70,5 %) зумовлена масивними кровотечами, що потребує впровадження ефективної тактики Damage Control Surgery (DCS) на передових етапах (Role 2).

Мета: Покращити результати лікування поранених шляхом вдосконалення методів тимчасового гемостазу в межах першої фази DCS.

Матеріали та методи: Проаналізовано лікування 279 поранених (18–59 років). У 124 осіб спостерігалася активна внутрішньочеревна кровотеча. На етапі Role 2 застосовували марлеву тампонаду (звичайну та гемостатичну), систему REBOA, керовані турнікети типу Румеля (29 випадків) для перетискання аорти, порожнистої вени, здухвинних артерій та ніжок органів.

Результати: Використання турнікетів типу Румеля з виведенням контролю через черевну стінку забезпечило надійний гемостаз при ушкодженні магістральних судин. Це допомогло стабілізувати стан поранених, мінімізувати крововтрату та безпечно евакуювати їх на рівні Role 3–4.

Висновки: Вибір методу гемостазу має залежати від інтенсивності кровотечі та виду ушкодження. Травми магістральних судин (3,2 %) є головною причиною смертності на етапах евакуації. Турнікети типу Румеля дають змогу контролювати кровотечу як під час операції, так і в процесі транспортування. Турнікетний гемостаз є технічно доступним та ефективним способом боротьби з масивними абдомінальними кровотечами.

ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В УМОВАХ ВЕЛИКОМАСШТАБНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Ратушненко Дар'я

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Актуальність: Тема медичної евакуації у сучасних конфліктах набула критичної актуальності у зв'язку з переходом до великомасштабних бойових дій та технічного розвитку різноманітних типів озброєнь. Досвід поточних конфліктів, особливо в Україні, змусив військових експертів радикально переглянути доктрини медичного забезпечення, які не змінювалися десятиліттями. В умовах сучасного бою евакуація поранених з переднього краю до стабілізаційного пункту може займати години або навіть дні, що робить стандартні часові нормативи мирного часу нездійсненними. Сучасні засоби спостереження (БпЛА) та артилерія дають змогу противнику здійснювати повний вогневий контроль над простором на глибину 3–5 (і більше) кілометрів від лінії фронту. Медична евакуація сьогодні — це не просто транспортування, а складна високотехнологічна система, що поєднує в собі роботизовані платформи, цифрову координацію та глибоку інтеграцію цивільних та військових ресурсів.

Мета роботи: Аналіз та шляхи розв'язання проблем медичної евакуації на сучасному рівні в умовах широкомасштабних бойових дій.

Матеріали та методи: Матеріалами дослідження послужили публікації та матеріали конференцій: Доктрина «Медичні сили Збройних Сил України», посібник з медичної евакуації до ЗСУ, а також Постанови Кабінету Міністрів України, які регламентують впровадження механізмів «прицільної» (таргетованої) медичної евакуації. Матеріали міжнародних конференцій. Технічні характеристики та звіти про випробування евакуаційних систем: наземні роботизовані платформи, безпілотні літальні апарати, а також відомості про функціонування спеціалізованих медичних поїздів. На підставі літературних даних: вивчення актуальних змін у протоколах надання допомоги та перехід від концепції «золотої години» до доктрини «продовженої допомоги», аналіз оцінки ефективності використання роботизованих платформ на «останній милі» фронту, досвід створення «єдиного медичного простору» в Україні, який включає тісну інтеграцію військових госпіталів та цивільного сектора охорони здоров'я для оптимізації шляхів евакуації, оцінка впливу телемедицини та систем ситуаційної поінформованості на швидкість прийняття рішень в евакуаційному процесі.

Результати: Проведений аналіз свідчить про глибоку трансформацію системи медичної

евакуації під впливом умов великомасштабних бойових дій та конфліктів. Традиційні нормативи за строками стали нездійсненними через високу інтенсивність вогню, тобто відбувся крах доктрини «золотої години». Через затримки, які можуть становити години та добу, акцент змістився на надання допомоги під час очікування та транспортування. Аналіз підтвердив ефективність наземних дронів з можливою вантажопідйомністю 400–750 кг. В Україні створено мережу зі спеціалізованих вагонів, включаючи унікальні вагони-реанімації. Залізничний транспорт забезпечує передбачуваний час евакуації, потребує менше персоналу в порівнянні з автотранспортом на ту ж кількість поранених і дає змогу проводити реанімаційні заходи та хірургічні втручання прямо у русі. В літературі йдеться про ефективність нових організаційних моделей евакуації, таких як прицільна (таргетована) евакуація: впроваджено модель доставки тяжко поранених (з ЧМТ, опіками, пораненнями судин) безпосередньо у високоспеціалізовані центри (надкластерні лікарні), минаючи проміжні етапи. Успішне функціонування системи неможливе без інтеграції військових шпиталів та цивільного сектора. Впроваджено онлайн-моніторинг вільних ліжок-місць, що допомагає координувати потоки поранених у реальному часі.

Висновки: Шляхами розв’язання проблем медичної евакуації на сучасному етапі в умовах великомасштабних бойових дій можна назвати такі, як роботизація евакуації (наземні дрони); стратегічна евакуація залізницею; розвиток роботи «прицільної» (таргетованої) евакуації, яка передбачає доставку тяжко поранених безпосередньо до спеціалізованих медичних центрів (надкластерних лікарень). Також можна відзначити ефективну роботу за надання медичної допомоги при використанні інтеграції в єдиний медичний простір між військовими та цивільними шпиталями. Обґрунтовано необхідність подальшого впровадження системи онлайн-моніторингу наявності вільних місць. Зміна медичних протоколів через затримки в евакуації (продовжена допомога), актуальним стало навчання медиків необхідним навичкам цієї допомоги на догоспітальному етапі.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ЯК КОМПОНЕНТА СТРАТЕГІЇ ERAS

Родрігес Перес Владімір-Рауль,
Литвиненко Анастасія

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Актуальність. Концепція Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) є сучасною доказовою моделлю періопераційного ведення пацієнтів,

націленою на зменшення хірургічного стресу, частоти ускладнень та прискорення функціонального відновлення. Ключовим компонентом ERAS є мультимодальна анестезія (ММА), що передбачає комбіноване використання препаратів та методів із різними механізмами дії для оптимального контролю болю при мінімізації опіоїдного навантаження. В умовах зростаючої уваги до безпеки пацієнтів та профілактики опіоїд-індукованих ускладнень, застосування ММА набуває особливої клінічної значущості.

Мета дослідження. Оцінити ефективність мультимодальної анестезії у структурі протоколу ERAS щодо контролю післяопераційного болю, зменшення споживання опіоїдів, частоти ускладнень та тривалості госпіталізації.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження 120 пацієнтів віком 25–70 років, яким виконували планові абдомінальні оперативні втручання в Університетській клініці ОНМедУ. Пацієнтів розподілено на дві групи.

Група 1 (ERAS + ММА, n=60): періопераційне ведення відповідно до протоколу ERAS із застосуванням мультимодальної анестезії (НПЗП, дексаметазон, локальні анестетики, мінімізація системних опіоїдів).

Група 2 (стандартна анестезія, n=60): традиційна схема загальної анестезії з використанням опіоїдних анагетиків як основного компонента анагезії.

Оцінювали інтенсивність болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS) через 6, 12, 24 та 48 годин, сумарне вживання опіоїдів, частоту післяопераційної нудоти та блювання (PONV), терміни першої мобілізації, тривалість госпіталізації та частоту ускладнень. Статистичну обробку проводили із застосуванням t-критерію Стьюдента та χ^2 , $p < 0,05$ вважали статистично значущим.

Результати. У групі ERAS + ММА інтенсивність болю за VAS у перші 24 години була достовірно нижчою ($p < 0,05$). Сумарне вживання опіоїдів зменшилось на 42 % порівняно зі стандартною групою. Частота PONV знизилась з 28 до 12 %. Середній час до першої мобілізації скоротився на 8 годин, а тривалість госпіталізації — на 1,6 доби.

Отримані результати підтверджують, що мультимодальна анестезія є ключовим елементом ERAS-протоколів. Зменшення опіоїдного навантаження сприяє зниженню частоти PONV, респіраторних ускладнень та затримки моторики кишечника. Поєднання системної та регіонарної анагезії забезпечує якісний контроль болю без підвищення ризику побічних ефектів. Впровадження стандартизованих ERAS-протоколів допомагає оптимізувати періопераційний менеджмент та зменшити витрати стаціонару.

Висновки. 1. Мультимодальна анестезія є ефективним компонентом стратегії ERAS.

Попружук Соломія 30
Постова Таїсія 108

Разінкін Олександр 100
Ратушненко Дар'я 83, 112
Рева Володимир 69
Рибалка Дмитро 65
Рижков Михайло 8
Родрігес Перес
Владімір-Рауль 84

Свистун Кароліна 17
Сич Артем 107
Склепкович Ірина 9
Сорокін Володимир 116, 117
Стець Владислав 43

Суськова Ольга 80
Сухенко Анастасія 66
Сущенко Еліна 71

Тиха Анастасія 92
Тімуш Катерина 9

Ушканенко М. Ф 18

Федоренко Еліна 89

Хахіяшвілі Анастасія 105
Хряпіна Маргарита 10, 30

Чернова Олександра 85
Чеханов Олександр 91

Шаміров Карен 85

Шип Софія 34, 36
Шубан Ярослава 10, 18

Щеглов Ілля 21, 31

Яременко Андрій 67

Abdelouahed Ichbani 120
Abozkika Mohammad 123

Bahmad Chafik 119

Kandayarai Milkakh 123
Kupchanko Sofiia 119

Raveel Mirza 120, 121, 122

Saida Raged 124